

From: "Gabriel Mancilla E." <gmancill@uchile.cl>

Date: 2021-09-09 21:50 GMT-03:00

Subject: Solicitud de postergación de estudios Matías Mancilla Araya

A: Secretaría Fac. Cs. Sociales

Universidad de Chile

Presente

De mi consideración:

Junto con saludarles y como padre de Matías Ignacio Mancilla Araya, cédula 21.728.110-5, estudiante de Sociología, solicito a usted la **postergación** de los estudios de mi hijo, por sugerencia médica debido a un reciente cuadro de Depresión bipolar que padece y por el cual deberá internarse próximamente en la clínica psiquiátrica de la Universidad de Chile, a lo cual tiene órdenes médicas que adjunto. La internación ha sido ya aprobada por la clínica y ha quedado en lista de espera para cuando exista cupo.

Desde ya, agradezco vuestra gentileza para indicarme los pasos a cumplir a fin de poder realizar esta gestión de manera correcta.

Le saluda muy atentamente,

Gabriel Mancilla Escobar

9.679.640-4



**CENTRO MEDICO
LA SERENA**

Centro Médico La Serena, Avenida Estadio 1961

Fono: 56 2 27275831

La Serena

DRA. CAROLINA MUÑOZ ARAVENA

PSIQUIATRA ADULTOS

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

RUT: 8.656.178-6 ICM: 25778-8

NOMBRE:

Matos Merilla Araya

RUN:

2178.110-5

EDAD:

22

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

La Serena

Rp:

Certificado Médico

Matos se encuentra cursando en un cuadro depresivo grave, por lo que sus facultades cognitivas y rendimientos, se encuentran disminuidos afectando negativamente sus resultados académicos.

Por esto le he sugerido que cunale sus estudios a la espera de una mejoría clínica.

Atte.
Dra. Carolina Muñoz Aravena
Psiquiatra
Rut: 8.656.178-6 ICM: 25778-8

31/8/21

FECHA

FIRMA Y TIMBRE

No autorizo cambio de prescripción médica



La Tribu Somos SpA - +56947052306 - La Serena - www.latribusomos.cl



**CENTRO MEDICO
LA SERENA**

Centro Médico La Serena, Avenida Estadio 1961

Fono: 56 2 27275831

La Serena

DRA. CAROLINA MUÑOZ ARAVENA

PSIQUIATRA ADULTOS

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

RUT: 8.656.178-6 ICM: 25778-8

NOMBRE:

Matías Manríela Araya

RUN:

21.728.110-5

EDAD:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

Rp:

El paciente, que tiene el dg
de TAB, y pertenece a
redgesam, se encuentra cursando
con un cuadro depresivo severo
con ideación suicida recurrente.
Solecito hospitalizar.

ASe

Dra. Carolina Muñoz Aravena

Psiquiatra

Rut: 8.656.178-6 ICM: 25778-8

31/8/21

FECHA

FIRMA Y TIMBRE

No autorizo cambio de prescripción médica



La Tribu Somos SpA- +56947052306- La Serena- www.latribusomos.cl

FORMULARIO DE SOLICITUD DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre Paciente: **MATIAS IGNACIO MANCILLA ARAYA**

Fecha de Emisión: **06-09-2021**

Fecha Solicitud: **06-09-2021**

Tipo de Hospitalización: **CORTA ESTADÍA**

Rut: **21.728.110-5** Edad: **22** años Fecha Nacimiento: **19-09-1998** Fono: **966689585**

Dirección: **SAN JOAQUIN 2011 DEPTO 206, LA SERENA, LA SERENA**

Isapre: **COLMENA**

Apoderado: **Loreto Araya**

Fono: **42922637**

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Historia de depresiones recurrentes, segundo semestre o veranos, varios meses

Primer episodio antes de los 20 años

Antecedentes familia: al parecer tía paterna co Esquizofrenia. Sin suicidio. Sin diagnóstico de TAB. Primo materno consumo de sustancias.

Episodio depresivo tratado con Sertralina 2017-2019, baja adherencia, empeoraba síntomas. Diagnóstico de TAB desde el 2019-

Tratamiento
Lamotrigina 100 mg 1 al día, 200mg 2 al día.

Kalitium 450 mg 1-0-2

Quetiapina 50 mg 1/2-0-1

Olanzapina 10 mg 0-0-1

Pregabalina 75 mg 0-0-2 vo

Estuvo hospitalizado en Enero 2021, estable.

Desde Junio reactiva sintomatología, desánimo, anhedonia, angustia, sentimientos de culpa, frustraciones, hipersomnia, apetito aumentado.

Ideas suicidas permanentes.

En último control se indica quetiapina 50 mg, por insomnio

Al examen mental:

Vigil, orientado, cooperador

Algo enlentecido, lenguaje notificado, con leve latencia en respuestas

Pensamiento sin alteración del curso formal, sin ideas delirantes, discurso centrado en ideas de autoreproche, ideas suicidas constantes.

DIAGNÓSTICOS

Eje I. Diagnósticos (CIE10)

Principal: **TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR**

Secundario:

Eje II. Diagnóstico y/o Trastorno de Personalidad

Trastorno de Pers: **Se posterga Diag.**

CIE 10:

Retardo Mental: **NO**

FORMULARIO DE SOLICITUD DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre Paciente: **MATIAS IGNACIO MANCILLA ARAYA**

Fecha de Emisión: **06-09-2021**

Fecha Solicitud: **06-09-2021**

Eje III. Antecedentes Médicos

Hipert. Arterial: **NO** Cardiopatía: **NO** Diabetes Mellitus: **NO**

Alergia: **NO** Tipo:

Epilepsia: **NO** Cáncer: **NO** Hipotiroidismo: **NO**

Otros Antecedentes: **obs hipot, debe ir a endocrino, doy orden de ex**

Eje IV. Estrés Psicosocial

estudia en stgo

Eje V. Escala GAF

Puntuación Actual: **50**

CAUSAS DE LA HOSPITALIZACIÓN

DEPRESION GRAVE REFRACTARIA RIESGO SUICIDA

OBJETIVOS PRINCIPALES DE LA HOSPITALIZACIÓN

Mejoria sintomatica, disminucion de riesgo suicida. Ajuste de tratamiento, evaluaciòn de TEC.

¿LA CAUSA PRINCIPAL DE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE ES UNA DE LAS PATOLOGÍAS CUBIERTAS POR LA LEY GES?

☐ NO Diagnóstico NO GES, que motiva la hospitalización:	☒ SI ☐ Sospecha EQZ ☐ EQZ año 1 ☐ EQZ a partir del año 2 ☐ Depresión con psicosis, riesgo suicida o refractariedad FASE AGUDA ☒ TAB año 1 ☐ TAB a partir del año 2
--	---

SI LA HOSPITALIZACIÓN ES CUBIERTA POR LA LEY GES



SE LE EXPLICA CLARAMENTE AL PACIENTE, QUE DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SERÁ EVALUADO POR OTRO PSIQUIATRA, QUIEN ESTARÁ A CARGO DE SU MANEJO CLÍNICO (EVALUACIONES DIAGNÓSTICAS, PRESCRIPCIONES, TERAPEUTICAS, ETC)

SI LA HOSPITALIZACIÓN NO ES CUBIERTA POR LA LEY GES



SE LE INDICA CLARAMENTE AL PACIENTE, QUE LA SINTOMATOLOGÍA QUE MOTIVA SU HOSPITALIZACIÓN, NO ES SECUNDARIA A SU PATOLOGÍA GES, POR LO QUE SU HOSPITALIZACIÓN NO SERÁ CUBIERTA POR LA LEY GES



SE LE INDICA CLARAMENTE AL PACIENTE, QUE DEBERÁ CONSULTAR A SU ISAPRE, EN RELACIÓN A LOS CONVENIOS GENERALES QUE MANTIENE CON CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS, YA QUE SU HOSPITALIZACIÓN SERÁ CUBIERTA DE ACUERDO A PLAN DE SALUD CONTRATADO EN SU ISAPRE

FORMULARIO DE SOLICITUD DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre Paciente: **MATIAS IGNACIO MANCILLA ARAYA**

Fecha de Emisión: **06-09-2021**

Fecha Solicitud: **06-09-2021**

INDICACIONES MÉDICAS

Tipo de reposo: **Relativo**

Régimen (alimentario): **Comùn**

Control Signos Vitales: **cada 8hrs**

INDICACIONES FARMACOLÓGICAS

Nombre	Presentación	Mg	Unidad	Cantidad	Mañ	Tar	Noc	Meses
KALITIUM	CAJA	450,00	COMPRIMIDO	30	1,00		2,00	3
LAMICTAL	CAJA	200,00	COMPRIMIDO	30	1,00			3
ASICOT	CAJA	100,00	COMPRIMIDO	30	1,00		1,00	3
SINCRIS	CAJA	10,00	COMPRIMIDO	30			1,00	3
LORAZEPAM	CAJA	2,00	COMPRIMIDO	30			1,00	1
LAMICTAL	CAJA	100,00	COMPRIMIDO	30	1,00			3

Medicamentos S.O.S.: **Olanzapina 10 mg 1 amp en caso de agitación psicomotora**

Requiere Cuidadora: **NO** Observaciones:

Exámenes: **Litemia, hemograma, funcion renal, perfil hepatico, Vitamina D**

Otros:

Datos Medico Derivador:

DECLARACIÓN: YO, GUERRERO ARAYA DENISSERUT: 15.815.154-5 EN CALIDAD DE MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE, ASEGURO LA VERACIDAD DE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ESTE FORMULARIO , EN LO QUE RESPECTA A LOS DIAGNÓSTICOS DE INGRESO Y CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE EN CUESTIÓN

Fono: **9 785 30 158 - 600 34 600 44 -22**

E-Mail:

Firma y Timbre



Dra. DENISSE GUERRERO ARAYA
PSQUIATRA
RUT: 15.815.154-5
REDGESAM S.A. - LA SERENA